

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

N°

— THÈSE —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Joseph MARTIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ADÉNOPATHIES SUS-CLAVICULAIRES

AU COURS DES CANCERS THORACIQUES ET ABDOMINAUX

Président : M. LETULLE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	VIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	Aug. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT-DES.
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KI-MISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOËPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Dr L. MARTIN (de Guingamp)

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. le professeur KIRMISSON (Enfants-Malades)

M. le professeur LANDOUZY (Laënnec)

Externat

M. le D^r ARROU (Pitié)

M. le D^r MARION (Lariboisière)

M. le D^r ANDRÉ PETIT (Hôtel-Dieu)

M. le D^r COMBY (Enfants-Malades)

M. le professeur PINARD (Baudelocque)

M. le D^r BRAULT (Lariboisière)

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

M. le D^r LEURET

Chirurgien-chef de l'hôpital Saint-Joseph

M. le D^r LAURENCE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph

A M. le Professeur LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Boucicaut

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la pré-
sidence de ma thèse.*

AVANT-PROPOS

La valeur de l'adénopathie sus-claviculaire pour établir le diagnostic d'un cancer thoracique ou d'un cancer abdominal est bien établie actuellement et on le doit, pour la plus grande part, aux beaux travaux de M. Troisier. Nous avons voulu, dans ce travail, montrer simplement l'importance diagnostique de ce signe dans les différentes conditions où il peut être constaté ; les observations où il est cité sont multiples et nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes passées en revue, car ce signe est souvent noté de façon incidente et ce sont toutes les observations de cancer qu'il nous aurait fallu revoir ; mais nous avons essayé de discuter et la valeur du signe et les critiques qui ont été formulées. Nous avons apporté une contribution nouvelle à l'étude de cette question, grâce à deux observations inédites : nous devons la première à l'obligeance de M. le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté et à M. Poisvert, interne des Hôpitaux ; elle concerne un cas de cancer de l'œsophage dans lequel la nature épithéliomateuse de l'adénopathie put être

mise en évidence par une biopsie ; la seconde nous a été donnée par M. le D^r Paillard, ancien interne lauréat des Hôpitaux ; elle concerne un cas d'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire droite, ce qui nous a permis de discuter un certain nombre de faits concernant cette localisation particulière.

Il était utile de donner, au début de ce travail, un résumé des notions anatomiques concernant les ganglions sus-claviculaires et leurs connexions ; nous avons cru devoir le faire pour expliquer la genèse des adénopathies cancéreuses d'origine thoracique ou abdominale.

Enfin nous tenons à remercier M. Paillard qui après nous avoir indiqué le sujet de ce travail nous a grandement aidé de ses conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNOPATHIES SUS-CLAVICULAIRES
AU COURS DES CANCERS THORACIQUES ET ABDOMINAUX

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

I. — Les connexions lymphatiques normales
des ganglions sus-claviculaires

Les auteurs classiques — et parmi eux, MM. Poirier et Cunéo dont nous suivons ici la description — individualisent *plusieurs groupes ganglionnaires* dans le creux sus-claviculaire :

Un groupe situé au sommet du triangle qui comprend de nombreux ganglions reposant sur le splénus, l'angulaire de l'omoplate et les scalènes ; ces ganglions sont en rapport intime avec les branches du plexus cervical, le rameau trapézien de la branche externe du spinal et l'artère cervicale ascendante ; ce groupe est le

moins intéressant au point de vue spécial de notre étude ;

Un groupe situé à la base du triangle ; la plupart des ganglions de ce groupe sont situés en avant de l'aponévrose moyenne ; quelques-uns sont, au contraire, recouverts par cette dernière aponévrose ; c'est ce groupe qui sera le plus souvent atteint dans des affections cancéreuses thoraciques et abdominales.

Les vaisseaux afférents de ces ganglions sont les suivants (Poirier et Cunéo) :

1° Des lymphatiques émanés de la partie postérieure du cuir chevelu, de la peau et des muscles de la nuque ;

2° Des lymphatiques venus des téguments de la région pectorale et même de la région mammaire ;

3° Des lymphatiques cutanés du membre supérieur, satellites de la veine céphalique qui, au lieu de gagner les ganglions sous-claviculaires, leur aboutissant normal, passent au-dessus de la clavicule pour se jeter dans les ganglions sus-claviculaires ;

4° Une partie des efférents des ganglions axillaires et plus particulièrement de ceux de ces ganglions qui constituent la chaîne humérale.

Les vaisseaux efférents des ganglions sus-claviculaires s'unissent aux vaisseaux efférents des ganglions du groupe sterno-mastoïdien pour former un tronc commun, le tronc jugulaire qui se jette, à droite, dans le confluent de la jugulaire interne et de la sous-clavière et qui, à gauche, se termine ordinairement dans le crochet terminal du canal thoracique.

Il était indispensable de rappeler ces notions anatomiques pour prouver les deux propositions suivantes :

1° *Les ganglions sus-claviculaires ne reçoivent directement aucun lymphatique venu de l'abdomen ou du thorax* (1) ; l'ensemencement cancéreux de ces ganglions ne peut donc se faire que suivant deux modes : a) ou bien *par voie rétrograde*, les cellules cancéreuses charriées par le canal thoracique pénétrant, en sens inverse du courant normal, dans les derniers afférents de ce canal ; b) ou bien *par contiguité* lorsqu'un cancer pleuro-pulmonaire apexien vient envahir le creux sus-claviculaire.

2° *Dans l'interprétation des adénopathies sus-claviculaires et, spécialement, dans la recherche de leur valeur diagnostique en faveur d'un cancer thoracique ou abdominal, il ne faut pas négliger d'examiner avec soin les régions d'où naissent les afférents normaux et qui ont pu être le point de départ d'une adénopathie.* Nous avons rapporté plus haut la topographie de ces afférents et nous n'avons pas à y revenir. De plus, les ganglions sus-claviculaires sont souvent intéressés à la suite d'adénopathies sterno-mastoïdiennes chroniques, tuberculeuses par exemple et nous aurons, en clinique, à revenir sur l'importance de cette notion.

*
* *

1. Réserve faite pour certains lymphatiques des *parois externes* du thorax, comme nous l'avons vu plus haut et ce fait à son importance lors des cancers du sein ou des cancers pleuraux envahissant la paroi.

II. — Quelques dispositions lymphatiques anormales susceptibles, peut-être, d'expliquer des faits paradoxaux constatés en clinique.

Nous avons remarqué, ainsi que nous aurons l'occasion de l'exposer en détail, plus loin, que l'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire était située à droite dans des cas où tout semblait devoir la localiser du côté gauche. Nous avons recherché si des anomalies anatomiques ne pourraient être rendues responsables de ce fait paradoxal; nous n'avons pas relevé de constatations anatomiques précises dans les protocoles d'autopsie, mais les dissections faites sur des sujets normaux et relatées dans les traités d'anatomie nous apprennent, du moins, que ces anomalies existent parfois.

Le canal thoracique peut être double, le droit se jetant dans la sous-clavière droite, le gauche se terminant comme à l'état normal (Walther, Haller, Homel, Cruik-sank, Sommering, Otto). Dans d'autres cas, le canal thoracique se jette dans la veine sous-clavière droite, la veine homologue du côté gauche recevant, au contraire, la grande veine lymphatique (Merkel, Haller, Cruiksank, Fleischmann, Todd, Watson).

De nombreuses autres variations peuvent être observées, mais elles nous intéressent moins directement. Quelle est leur fréquence générale? il nous paraît, d'après la lecture des traités d'anatomie, qu'elle est relativement considérable et il ne faudra donc pas s'étonner de voir

çà ou là, quelque anomalie clinique, puisque les anomalies anatomiques existent. Il est regrettable toutefois qu'aucune autopsie précise ne vienne montrer la disposition anatomique anormale expliquant le paradoxe clinique. Mais les conditions défectueuses dans lesquelles sont souvent pratiquées les autopsies, l'envahissement cancéreux étendu ne permettent pas toujours de déceler avec précision l'état du canal thoracique.

Dans l'observation inédite que nous rapportons plus loin, le canal thoracique se terminait bien du côté gauche, mais du côté droit les altérations néoplasiques et cadavériques étaient telles que l'isolement de la grande veine lymphatique ne put être effectué.

En tout cas, l'attention doit être attirée sur ces faits et c'est dans ce but que nous leur avons consacré ces quelques lignes.

CHAPITRE II

LES ADÉNOPATHIES SUS-CLAVICULAIRES D'ORIGINE CANCÉREUSE ET LEUR VALEUR DIAGNOSTIQUE

Les adénopathies cancéreuses du creux sus-claviculaire peuvent être observées, en clinique, dans trois conditions principales que nous voulons résumer ici :

1° *Lors de cancers insoupçonnés dont ils invitent à rechercher l'existence ;*

2° *Lors de cancers dûment diagnostiqués dont ils montrent la généralisation ;*

3° *Dans les cas d'envahissement cancéreux du canal thoracique.*

Nous passerons en revue ces trois éventualités, après avoir indiqué la *séméiologie générale* des adénopathies de cet ordre.

*
* *

1° Séméiologie générale

Le volume des ganglions malades est assez variable ; dans quelques cas, il s'agit de tumeurs très volumineuses formant une masse comparable à une orange et

faisant une saillie manifeste sous les téguments du creux sus-claviculaire.

Il en était ainsi dans un cas décrit par MM. Ménétrier et Piot, mais c'est une éventualité relativement exceptionnelle. Le plus souvent, il *faut chercher* les ganglions qui se montrent sous la forme de masses arrondies, dures, indolores atteignant un volume qui varie entre celui d'une noisette et d'une noix ; *dureté* et *indolence* sont deux caractères sur lesquels nous ne saurions trop insister. Dans l'observation inédite que nous rapportons ici, c'est la dureté ligneuse des ganglions qui invita, dès l'abord, à penser à une détermination néoplasique ; il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'à l'autopsie, les ganglions étaient, au contraire, mous et friables ; une telle opposition n'est qu'apparente, car outre que ces ganglions avaient pu subir un certain degré de ramollissement cadavérique, ils étaient vidés du sang qui maintenait leur turgescence pendant la vie. L'indolence est signalée dans la très grande majorité des observations ; ne sont douloureuses que les adénopathies s'accompagnant de périadénite avec compression ou englobement des nerfs voisins ; il semble, en tout cas, que de bonne heure, les ganglions soient adhérents et que la palpation ne peut les mobiliser que difficilement sur le fond du creux sus-claviculaire.

Il est important de noter aussi que cette adénopathie n'est pas toujours accessible d'emblée à la palpation et qu'il faut parfois employer un artifice pour la mettre en évidence : on demande au malade de tousser fortement ; sous l'influence de la toux, le sommet du pou-

mon vient faire hernie dans le creux sus-claviculaire, soulève les ganglions qui le surplombent et les rend plus accessibles à la palpation.

Il conviendra parfois de montrer quelque circonspection dans l'appréciation de l'adénopathie et de ne pas qualifier de ganglion tout petite nodule que l'on perçoit dans le creux sus-clavier ; chez les sujets maigres, les reliefs osseux doublés de leurs insertions musculaires ne seront pas confondus avec des ganglions durs et adhérents ; chez les sujets gras, quelques lobules adipeux un peu volumineux peuvent prêter à l'erreur, mais ce sont là des fautes grossières résultant d'un examen tout à fait insuffisant, nous n'avons voulu les signaler que pour ajouter ceci : que de toutes les régions ganglionnaires, c'est le creux sus-claviculaire qui est le plus difficile à explorer ; il faut donc y mettre une attention toute particulière.

Enfin, règle importante qu'il convient de ne jamais oublier : *il faut explorer en même temps les autres régions ganglionnaires* ; non seulement les régions ganglionnaires adjacentes (r. carotidienne, sous-maxillaire, etc.), mais encore les aisselles, les aines, les régions sus-épitrochléennes, etc.

En règle générale et sauf quelques exceptions, une adénopathie sus-claviculaire a d'autant plus de valeur en faveur d'un cancer profond qu'elle est plus isolée ; si elle coexiste avec une adénopathie manifeste de la région carotidienne ou sous-maxillaire, sa valeur diagnostique est à peu près nulle.

2° Les adénopathies sus-claviculaires qui invitent
à porter le diagnostic de cancer

Si les cancers superficiels sont de diagnostic relativement aisé dans la majorité des cas, il n'en est pas toujours de même pour les tumeurs profondément situées dans le thorax ou l'abdomen. Assurément, les méthodes d'investigation récentes ont apporté bien des précisions : l'*œsophagoscopie* ou la *bronchoscopie*, la radiologie pour l'estomac ou l'intestin, la *laparoscopie* de Jacobæus pour le péritoine, le foie, l'intestin, la *cytologie* pour tous les cas où existe un épanchement d'origine cancéreuse viennent parfois trancher un diagnostic hésitant ou certifier un diagnostic probable ; mais ces procédés sont, pour la plupart, complexes, délicats et inaccessibles au praticien éloigné de tout centre ; de plus, il n'est pas sans intérêt, avant de mettre en œuvre tous ces examens, de demander à la clinique tout ce qu'elle peut fournir ; or l'adénopathie sus-claviculaire est un des signes auxquels on est en droit d'accorder une valeur considérable pour le diagnostic de cancer ; elle traduit en effet la migration des cellules cancéreuses le long du canal thoracique et leur colonisation dans les ganglions qui entourent la terminaison de ce dernier. Ajoutons que cette constatation prend une importance plus considérable encore lorsque les procédés de laboratoire ou les méthodes spéciales dont nous parlions plus haut se trouvent en défaut.

Quelques exemples d'ordre pratique montreront, à cet égard, toute notre pensée. Sans nous préoccuper de tracer ici une étiologie fastidieuse et forcément incomplète, nous schématisons ces exemples à la fois d'après notre expérience clinique et les documents que nous avons pu trouver dans l'abondante bibliographie concernant cette question. L'exemple le plus typique et sur lequel a insisté M. Troisier est celui du cancer de l'estomac; les troubles fonctionnels et généraux sont insuffisants pour permettre le diagnostic d'épithélioma et c'est l'adénopathie qui autorise à suspecter l'existence d'une telle lésion. Mais cet exemple étant tout à fait classique, nous ne croyons pas devoir y insister.

..

I. — Voici un sujet d'une cinquantaine d'années atteint de *troubles médiastinaux* évidents : cornage, voix rauque et bitonale, toux de compression etc...; l'âge du sujet, la notion d'une syphilis antérieure, l'absence de dysphagie invitent à penser à une ectasie aortique, malgré l'inexistence de toute tumeur pulsatile, et l'on est en droit de supposer que cet anévrisme siège dans la profondeur du thorax, au niveau de la portion horizontale de la crosse par exemple; mais la palpation du creux sus-claviculaire montre une adénopathie qui revêt les caractères sur lesquels nous avons insisté plus haut; dès lors, l'axe du diagnostic se trouve brusquement modifié, car bien que l'adénopathie ait pu être observée au cours d'anévrismes accompagnés de médiastinite, elle constitue une exception dans ces circonstances et doit faire songer bien

davantage à une localisation néoplasique; en effet l'examen radiologique vient montrer l'intégrité de l'aorte, l'existence d'un rétrécissement œsophagien peu serré, la présence d'adénopathies médiastines obscurcissant l'espace clair prévertébral; il s'agit d'un cancer de l'œsophage à propagation excentrique et qui revêt beaucoup plus le type d'une tumeur médiastinale que d'une sténose du conduit.

*
* *

II. — Un second exemple pourrait être fourni par l'observation inédite que nous rapportons plus loin; en négligeant quelques détails liés à ce cas particulier et en envisageant la séméiologie générale des cancers du hile du poumon, on peut affirmer que les symptômes se présentent presque toujours sous un aspect qui rend le diagnostic assez délicat : on hésite souvent entre l'hypothèse d'une cavité intra-pulmonaire, d'une compression bronchique ou d'un syndrome de condensation; on pense à la tuberculose à cause de la diffusion des signes, de leur multiplicité et du fait que la maladie traîne depuis quelques mois; assurément l'examen radiologique qui montre une véritable tumeur du médiastin ou la bronchoscopie qui décèle la néoformation cancéreuse elle-même (Rénon, Géraudel et Marre) viennent donner au diagnostic une orientation plus exacte, mais l'hypothèse de la néoplasie aura pu déjà être soupçonnée ou même affirmée par la constatation des masses ganglionnaires du creux sus-clavier. Il en fut ainsi dans notre observation dans laquelle le diagnostic était rendu plus difficile encore par l'existence d'une pleurésie séreuse masquant le poumon.

*
* *

III. — Un troisième exemple est réalisé par le *cancer du péritoine*. L'association de l'ascite et d'un état général cachectique existe bien fréquemment en dehors du cancer, la perception de nodules par la palpation ne saurait entraîner le diagnostic de cancer; la localisation épithéliomateuse à l'ombilic, si elle est d'une grande valeur séméiologique est relativement rare. C'est dans ces cas que les adénopathies à distance peuvent apporter un gros appoint au diagnostic de cancer. L'adénopathie inguinale ou même axillaire peut exister en pareil cas; elle a moins d'importance que l'adénopathie sus-claviculaire et ce sera à l'examen cytologique du liquide ascitique ou, même, à la laparoscopie de Jacobœus du montrer, d'une façon péremptoire, s'il s'agit ou non d'un épithélioma.

*
* *

II. — Enfin, un quatrième exemple peut être représenté par le *cancer du pancréas*. On sait les difficultés qui existent pour établir un diagnostic étiologique précis, en présence d'un malade atteint d'ictère chronique avec rétention: on se pose la question de lithiase, de cancer; tout récemment, le professeur agrégé Castaigne a montré, par une série d'observations d'un grand intérêt, que la lésion causale était parfois d'origine syphilitique; c'est dans ces cas que la constatation d'une adénopathie sus-claviculaire (réunissant les conditions sur lesquelles nous avons insisté plus haut) peut vraiment fournir un appoint important pour le diagnostic de néoplasie épithéliale.

Bien plus difficile encore sera le diagnostic quand il s'agit, non plus d'un cancer de la tête, mais d'un cancer de la queue qui n'est pas assez volumineux pour être perçu par la palpa-

tion et qui réalise des troubles d'interprétation vraiment très malaisée; une observation d'Ebstein, rapportée par le professeur agrégé Carnot, est, à cet égard, fort intéressante. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques datant de trois ans, avec constipation opiniâtre; grâce à un traitement dirigé contre la constipation, la malade s'améliora et le poids s'éleva de 19 livres; comme la malade toussait, avait de la dyspnée et comme l'on constatait un peu de liquide dans la cavité pleurale gauche, on songea à la tuberculose malgré l'apparition de ganglions sus-claviculaires. Or il s'agissait d'un cancer de la queue du pancréas avec noyaux secondaires au diaphragme, à l'estomac, au foie; la dyspnée était peut-être liée à l'envahissement du diaphragme. Une observation de Malbot que l'on trouvera, plus loin, dans le tableau, mérite d'être rapprochée de celle d'Ebstein.

*
* *

3° Les adénopathies sus-claviculaires qui montrent l'extension d'un néoplasme diagnostiqué préalablement

L'exérèse chirurgicale des tumeurs cancéreuses permet, dans bon nombre de cas, de procurer au malade une survie plus ou moins considérable, mais à la condition, bien entendu, que l'opération porte sur la totalité du tissu cancéreux et qu'on ne laisse subsister dans l'organisme ni débris de la tumeur, ni métastase ganglionnaire.

La question de savoir si tel ou tel cancer est ou non opérable est primordiale pour le chirurgien et il convient donc de s'attacher avec un soin tout particulier à dépis-

ler toutes les localisations secondaires de la néoplasie.

Or il est facile de trouver dans les observations publiées des cas de cancer utérin ou stomacal dans lesquels l'adénopathie sus-claviculaire constituait la seule métastase apparente, ou à peu près. Assurément, il est permis d'objecter qu'une telle adénopathie n'est pas forcément cancéreuse et qu'il serait blâmable de priver un malade d'une opération bienfaisante sur la constatation d'un signe de valeur incertaine : mais, il est bien facile, répondrons-nous, de s'assurer par l'histologie de la nature cancéreuse ou non de cette adénopathie ; l'extirpation du ganglion ou de la masse ganglionnaire constitue une intervention de gravité minime, qui rentre dans le cadre de la biopsie et qui permet d'avoir une opinion décisive à cet égard.

*
* *

4° L'oblitération cancéreuse du canal thoracique et l'adénopathie sus-claviculaire.

Dans la plupart des cas que nous avons envisagés plus haut, il n'y avait pas d'oblitération du canal thoracique et si celui-ci avait charrié des cellules cancéreuses, celles-ci n'avaient pas colonisé sur lui au point de réaliser une obstruction complète.

Mais les observations de MM. Mathieu et Nattan-LARRIER, de M. Ménétrier et de ses élèves, en particulier de M. Piot (qui a récemment consacré à ce sujet sa thèse inaugurale et une Revue générale de la *Gazette des*

Hôpitaux) ont permis de tracer à l'oblitération cancéreuse du canal thoracique une symptomatologie suffisamment nette pour que le diagnostic exact puisse être posé dans quelques cas ; c'est l'ensemble de ces symptômes que M. Carnot a très justement proposé de nommer *syndrome de Ménétrier*. Ce syndrome est essentiellement constitué par les éléments suivants (1) :

1° UN ŒDÈME A TOPOGRAPHIE SPÉCIALE. — C'est le symptôme primordial ; l'œdème est pâle, dur, résiste au doigt qui le déprime difficilement. Son début est exceptionnellement brusque, presque toujours assez lent ; il apparaît au niveau des membres inférieurs, le droit et le gauche également et remonte progressivement de l'extrémité du membre vers la racine. Les parois abdominales, la région lombaire sont ensuite envahies et, quelques jours après, la moitié gauche de la paroi thoracique ; enfin, le bras gauche est atteint ; de telle sorte que l'œdème siège en somme dans le territoire du canal thoracique ; il respecte par conséquent la moitié droite du thorax, le bras droit et la tête, tributaire de la grande veine lymphatique.

La limite entre la région œdématiée et les zones saines est quelquefois indiquée par un bourrelet.

Il faut ajouter que la topographie de cet œdème est souvent défigurée car, à une période tardive, il apparaît un œdème surajouté d'origine veineuse ; ce dernier est

1. Nous avons emprunté les éléments essentiels de cette description au travail magistral de M. Ménétrier.

dû à une thrombose siégeant soit du côté du membre supérieur gauche, soit même du côté du membre droit.

2° EPANCHEMENTS DANS LES SÈREUSES. — On les observe assez souvent dans les plèvres et le péritoine.

L'apparition du *liquide pleural* suit ordinairement de quelques jours la constitution de l'œdème. Dans la plupart des cas, il n'y a de liquide que dans la plèvre gauche ; cela est aisément explicable puisque les lymphatiques de la plèvre et du poumon gauches aboutissent au canal thoracique par un tronc commun. Dans quelques cas, on constatera également un peu de liquide dans la plèvre droite, mais en moindre quantité que du côté gauche. Ce n'est que dans des cas assez rares que la quantité de liquide semble être la même dans les deux plèvres.

Ces épanchements s'accompagnent d'une dyspnée toujours intense.

L'*ascite* est moins fréquente que les épanchements pleuraux ; Ménétrier ne l'a observée qu'une fois sur 4 cas ; la quantité de liquide est parfois si faible que celui-ci n'est décelé qu'à l'autopsie ; dans d'autres cas, elle atteint 4 à 5 litres.

Si l'on étudie la nature du liquide épanché (dans la plèvre ou le péritoine), on constate qu'elle est loin d'être identique dans tous les cas : en général, le liquide est citrin ; dans d'autres observations, il était franchement hémorragique, mais l'examen histologique n'a pas permis d'y déceler des cellules cancéreuses. Dans quelques cas, le liquide est chyliforme ; ce peut-être un épanchement

chyliforme vrai, c'est-à-dire contenant les substances du chyle ; c'est là une éventualité très rare ; le plus souvent le liquide est d'aspect chyliforme, lactescent et cette apparence est due à la présence de cellules néoplasiques en état de dégénérescence graisseuse et qui viennent des vaisseaux lymphatiques situés sous la séreuse.

3^e ADÉNOPATHIES.—L'adénopathie sus-claviculaire gauche est un *signe constant*, Ménétrier l'a observé dans tous les cas qu'il a rapportés et chez une des malades, le ganglion de Troisier avait un volume énorme (une orange). Si on dissèque avec soin la région, comme l'a fait Ménétrier, on constate que les ganglions malades sont reliés à la crosse du canal thoracique par des vaisseaux lymphatiques courts et épais, si bien qu'on peut les considérer comme une des premières voies de décharge où le reflux se fera sentir en raison de la stase lymphatique.

Bien entendu, comme le fait nettement remarquer Ménétrier, cette adénopathie n'est pas liée forcément à l'oblitération du canal thoracique. « Le ganglion de Troisier peut se rencontrer alors que le canal thoracique est resté indemne sur tout son parcours. Pour ce qui est du cancer du canal thoracique, ce symptôme, joint à l'œdème et à la pleurésie gauche, acquiert une très grande valeur diagnostique (Ménétrier et Piot). »

Quant aux adénopathies axillaires gauches, elles ont été parfois observées ; l'atteinte des ganglions lombaires est souvent révélée par l'autopsie, mais est bien difficile à mettre en évidence, en clinique.

4° THROMBOSES VEINEUSES. — La trombose du confluent veineux jugulo-sous-clavier gauche et des troncs afférents est presque toujours constatée anatomiquement, mais il est rare qu'elle soit reconnue pendant la vie du malade. Cependant, la phlébite de ces gros troncs veineux est intéressante à connaître car elle a pour conséquence la production d'un œdème de cause veineuse qui se superpose ou se juxtapose à l'œdème lymphatique préexistant et en déforme l'aspect. Le processus de trombose peut s'étendre également aux vaisseaux du côté droit, réaliser de l'œdème de ce côté; dès lors, la topographie schématique de l'œdème telle que nous l'avons décrite se trouve modifiée; on peut se croire en présence d'un œdème cardiaque ou rénal et l'oblitération du canal thoracique passe inaperçue, si le malade n'a pas été observé avant la phase de généralisation de l'œdème.

*
* *

5° Observations

Nous ne pouvions avoir la prétention de rapporter ici tous les cas dans lesquels l'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire a été observée; un tel travail eut demandé des recherches bibliographiques beaucoup trop longues et difficiles, car, très souvent, l'adénopathie est signalée incidemment à propos d'une observation; du moins, nous avons puisé dans les bulletins de la Société médicale des Hôpitaux les faits ayant trait à cette question; c'est à cette Société que M. Troisier fit part en 1886 de

ses premières observations, et depuis cette date de nouvelles constatations y ont été apportées à plusieurs reprises.

Après les tableaux où nous avons résumé les points essentiels de ces observations, nous avons utilisé quelques discussions ayant eu lieu à la même Société dans le but de préciser la valeur de ce signe.

Indication bibliographique	Sexe et âge du sujet	Diagnostic clinique	État des ganglions sus-claviculaires (observation clinique)	Diagnostic anatomique et localisations cancéreuses secondaires	État du canal thoracique	OBSERVATIONS
Troisier Soc. méd. hôp., 1886, p. 394.	♂ 48 ans	Cancer de l'estomac.	Ganglions multi- ples à gauche.			
—	♂ 60 ans	Cancer de l'estomac.	Ganglions multi- ples à gauche.			
—	♂ 45 ans	Cancer de l'estomac.	Un ganglion à gauche.			
Troisier 1888, p. 21	♀ 41 ans	Cancer du col de l'uté- rus.	Nombreux gan- glions à gauche.	Diagnostic clinique vérifié, ganglions pelviens, lombai- res et médiastinaux. Foie.		
—	♀	Cancer de l'utérus	Adénopathie droite et gauche.	Diagnostic clinique vérifié, ganglions prévertébraux et médiastinaux, cancer secon- daire du péritoine du poumon.		
—	♀ 56 ans	Cancer de l'o- vaire gauche.	Ganglions multi- ples à gauche.	Diagnostic clinique vérifié, ganglions lombaires.		
Petit 1888, p. 27	♀ 48 ans	Cancer du col de l'utérus.	Adénopathie uni- que à gauche.			
Troisier 1890, p. 266	♂ 34 ans	Cancer du rein.	Adénopathie uni- que à gauche.	Cancer primitif de la surré- nale gauche. Extension secon- daire au rein gauche, aux gan- glions lombaires et médias- tinaux, aux deux poumons.	Cancérisé à sa portion initiale et à sa portion ter- minale.	

Indication bibliographique	Sexe et âge du sujet	Diagnostic clinique	État des ganglions sus-claviculaires (observation clinique)	Diagnostic anatomique et localisations secondaires	État du canal thoracique	OBSERVATIONS
Ménétrier 1897, p. 308.	♀ 50 ans	Utérus.	Adénopathie bilatérale.	Diagnostic clinique vérifié. Tous les organes du pelvis; intestin, péritoine; plèvre, poumons; ganglions lombaires et médiastinaux.	Infiltré par plaques.	
Troisier 1897, p. 310.	♀ 53 ans	Cancer de l'estomac; localisation secondaire aux deux fémurs; ganglions inguinaux et axillaires.	Adénopathie ganglionnaire, unique, puis multiple.	Diagnostic clinique vérifié. Foie, pancréas, épiploon, poumons. Fémurs. Ganglions mésentériques, médiastinaux, axillaires et inguinaux.	Cancérisé sur toute son étendue surtout dans sa portion thoracique.	L'adénopathie sus-claviculaire n'est apparue que deux mois après les localisations osseuses qui furent les premières localisations secondaires.
Mathieu et Nattan-LARRIER 1898, p. 827.	♂	Cancer de l'estomac; volumineuse masse précoecale.	Ganglions gros et multiples à gauche.	Cancer de la petite courbure; ganglions préomphaliques; pancréas, foie, poumons.	Envahi dans toute son étendue; oblitération totale.	L'oblitération du canal thoracique avait pu être soupçonnée cliniquement dans ce cas à cause de l'œdème des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche.

Indication bibliographique	Sexe et âge du sujet	Diagnostic clinique	État des ganglions sus-claviculaires (observation clinique)	Diagnostic anatomique et localisations cancéreuses secondaires	État du canal thoracique	OBSERVATIONS
Netter 1899, p. 755.	♂ 43 ans	Cancer de l'estomac. (Diagnostic clinique et radiologique).	Ganglions sus-claviculaires gauches.			
Troisier 1900, p. 970.	♂ 49 ans	Cancer de l'estomac.	Ganglions carotidiens droits et gauches.	Cancer du pylore. Ganglions péristomacaux et médiastinaux. Petits ganglions rétro-claviculaires qui n'avaient pas été perçus par la palpation.	Altérations partielles surtout dans la portion abdominale, la portion thoracique supérieure et la terminaison.	Les ganglions carotidiens étaient, non pas cancéreux, mais tuberculeux.
Ménétrier et Gauckler 1902, p. 897.	♀ 53 ans	Compression médiastinale. Adénopathie axillaire.	Nombreux ganglions sus-claviculaires gauches.	Cancer du pylore; grosse adénopathie médiastine; épanchement chyliforme des plèvres et du péritoine; thrombose des jugulaires.	Oblitération complète.	
Ménétrier et Mallet 1908, tome 2, p. 486.	♀ 44 ans	Récidive de cancer utérin.	Ganglions multiples à gauche.	Diagnostic clinique vérifié. Rein. Pièvre et poumons. Ganglions médiastinaux.	Oblitération complète à la terminaison.	
Malbot 1909, p. 305.	♀ 44 ans	Cancer abdominal. A l'interv. chirurg. on constate un cancer du corps et de la queue du pancréas.	Ganglion sus-claviculaire gauche.		Pas d'autopsie.	

*
* *

La valeur du ganglion de Troisier pour le diagnostic de cancer thoracique ou abdominal a été discutée par plusieurs auteurs. M. Bucquoy (1888), Girode (1890) ont constaté une adénopathie sus-claviculaire chez des sujets atteints de cirrhose hépatique. M. Mathieu l'a observée dans deux cas d'ulcère ancien de l'estomac (1890-1897), dans un cas de syphilis gastrique (1897) ; Rendu (1893) l'a constatée chez une femme cachectique et atteinte de troubles dyspeptiques ; il porta le diagnostic de cancer de l'estomac, mais contre son attente, la malade s'améliora considérablement, engraisa et quitta l'hôpital ; MM. Soupault et M. Labbé insistent sur la rareté du ganglion de Troisier, sur le fait qu'il peut être observé en dehors du cancer et que même en cas de cancer, l'adénopathie peut être liée à une cause différente (infection secondaire, tuberculose).

Mais il convient de faire remarquer que M. Troisier n'a pas considéré l'adénopathie sus-claviculaire comme un signe pathognomonique du cancer ; le fait que cette constatation pose la question de cancer alors que l'on n'y a pas songé, le fait qu'elle rende plus probable l'hypothèse de cancer lorsqu'il existe quelques signes permettant de songer à cette affection, sont déjà considérables et c'est cela seulement qu'il faut retenir. Ici comme dans la plupart des cas, en médecine, le diagnostic ne doit pas être posé sur un seul signe mais sur un ensemble symptomatique ; à propos de la séméiolo-

gie générale des adénopathies cancéreuses sus-claviculaires, nous avons insisté sur l'importance qu'il y a à explorer les régions ganglionnaires voisines et à vérifier la valeur du signe de Troisier par l'absence d'autres adénopathies cervicales sus-jacentes. Il ne semble pas que l'on ait toujours eu soin de pratiquer cette vérification.

Dans une observation de M. Troisier que nous avons rapportée plus haut, il existait au cours d'un cancer de l'estomac, une adénopathie carotidienne double dont l'autopsie a montré la nature tuberculeuse alors que les ganglions médiastinaux étaient envahis par le cancer et qu'il existait même de petits ganglions cancéreux rétro-claviculaires qui n'avaient pu être perçus par la palpation ; il s'agit là évidemment d'une coïncidence possible.

Le malade dont nous rapportons nous-même l'histoire p. 38 était porteur de volumineux ganglions dans le creux sus-claviculaire droit ; ces ganglions étaient indiscutablement envahis par le cancer, comme l'a montré l'examen histologique. Cependant, l'autopsie pratiquée complètement a révélé l'existence d'une petite caverne tuberculeuse crétiifiée du sommet droit qui aurait pu aussi être une cause d'adénopathie adjacente.

Tous ces faits montrent qu'il faut être circonspect dans l'interprétation de l'adénopathie, mais ne lui enlèvent pas sa valeur.

La *biopsie* des ganglions sus-claviculaires est parfois utile pour établir la nature cancéreuse de l'adénopathie. L'observation suivante due à l'obligeance de M. le Dr René Gaultier et que nous avons rédigée grâce aux

notes que nous a remises M. Poisvert, interne des Hôpitaux, est spécialement intéressante puisqu'elle montre la possibilité d'une telle intervention.

Il s'agit d'une malade âgée de 60 ans environ, entrée à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Thiroloix suppléé par M. René Gaultier. Elle se présentait dans un état d'amaigrissement très accentué et avec des symptômes faisant penser d'emblée à une localisation cancéreuse sur le tube digestif. La déglutition était gênée, les aliments solides ayant dû être progressivement éliminés de l'alimentation ; un temps variable après le repas, fréquemment au bout de deux ou trois heures, la malade vomissait sans effort des aliments peu modifiés. La palpation de l'estomac ne montrait ni dilatation de cet organe, ni tumeur pylorique ; on constatait seulement un peu de sensibilité et de la défense au niveau de l'hypochondre gauche.

De plus, l'examen révélait une adénopathie sus-claviculaire bilatérale, constituée par des ganglions durs, nettement limités, indolents. Quelques petits ganglions dans les aisselles et les aines.

Radiologie et cathétérisme vinrent confirmer le diagnostic de sténose œsophagienne : la première montra que l'obstacle siégeait à la partie inférieure de l'organe avec présence d'une poche dilatée au-dessus ; le cathétérisme indiqua avec précision le siège de l'obstacle : le cathéter était arrêté à 35 à 38 centimètres des arcades dentaires, donc au niveau de la portion tout à fait inférieure de l'œsophage.

Le diagnostic de néoplasme pouvait donc être posé avec presque certitude ; mais pour vérifier la nature de l'adénopathie, une partie de la masse ganglionnaire fut prélevée chirurgicalement sous anesthésie locale ; un fragment fut l'objet d'un examen histologique ; un autre fragment fut inoculé à un cobaye.

L'examen histologique montra la présence de grandes nappes cancéreuses, métastases d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec, par places, disposition presque concentrique de plusieurs cellules, ébauche de globe cancéreux ; les cellules étaient multinuclées, inégales, serrées en amas multiples. Il n'y avait donc aucun doute sur la nature cancéreuse de cette adénopathie. Par contre, l'inoculation au cobaye fut entièrement négative.

L'état de la malade s'aggrava progressivement ; elle quitta l'hôpital quelques jours avant sa mort, de telle sorte que l'autopsie ne put être pratiquée.

CHAPITRE III

LES ADÉNOPATHIES CANCÉREUSES SUS-CLAVICULAIRES DU CÔTÉ DROIT

Si l'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire est si fréquente du côté gauche, c'est en raison de la disposition du canal thoracique qui se termine de ce côté dans la veine sous-clavière. Nous avons exposé (V. chap. I) qu'il y a parfois des anomalies du canal thoracique expliquant peut-être que l'adénopathie siège à droite et non à gauche, mais cette supposition (rendue vraisemblable par la fréquence des anomalies) ne repose sur aucune constatation anatomique précise.

L'adénopathie sus-claviculaire droite existe assez fréquemment au cours des cancers œsophagiens ou pulmonaires, mais elle est liée alors à la propagation directe du néoplasme aux ganglions, sans intervention du canal thoracique. Nous n'avons pas réuni de telles observations ; mais le cas inédit que nous rapportons ici présente évidemment une particularité curieuse : il s'agit d'un cancer broncho-pulmonaire gauche, étendu au médiastin et ayant réalisé, non pas une adénopathie du

même côté, c'est-à-dire du creux sus-claviculaire gauche, mais du côté opposé, c'est-à-dire au-dessus de la clavicule droite. C'est à ce titre que cette observation méritait d'être signalée.

Observation (Inédite).

B..., employé, 62 ans. Maison municipale de Santé, 23 août 1913. Le malade entre à l'hôpital parce qu'il présente, depuis trois à quatre mois, une dyspnée d'abord intermittente et survenant seulement lors des efforts, puis permanente et l'obligeant à passer les nuits à moitié assis dans son lit ; il tousse par quintes ; son expectoration est muco-purulente et légèrement striée de sang lorsque les quintes ont été très intenses.

Le cornage, d'abord intermittent, devient rapidement permanent. Son facies est à la fois angoissé et légèrement cyanotique ; des varicosités bleuâtres sillonnent ses pommettes ; les conjonctives sont un peu subictériques. L'inspection du cou montre immédiatement, dans le creux sus-claviculaire droit et faisant une saillie très nette entre les muscles amais-gris, une tumeur du volume de deux noix, très dure, lobulée, peu mobilisable et absolument indolore. Rien dans la région correspondante du côté gauche ; rien dans les autres régions ganglionnaires du cou.

L'examen du thorax montre :

1° EN ARRIÈRE : a) *A gauche* : matité complète dans les 2 3 inférieurs, submatité dans le tiers supérieur. Abolition des vibrations du haut en bas. Silence complet dans toute la moitié inférieure du poumon ; à la partie moyenne et à la partie supérieure, on perçoit un souffle à timbre cavitaire mais sans

aucun gargouillement même après la toux ; la voix haute n'est pas perçue sous forme de pectoriloquie, ce qui fait éliminer vraisemblablement l'existence d'une caverne ; la voix chuchotée est perçue au niveau de la région silencieuse et d'une fa-

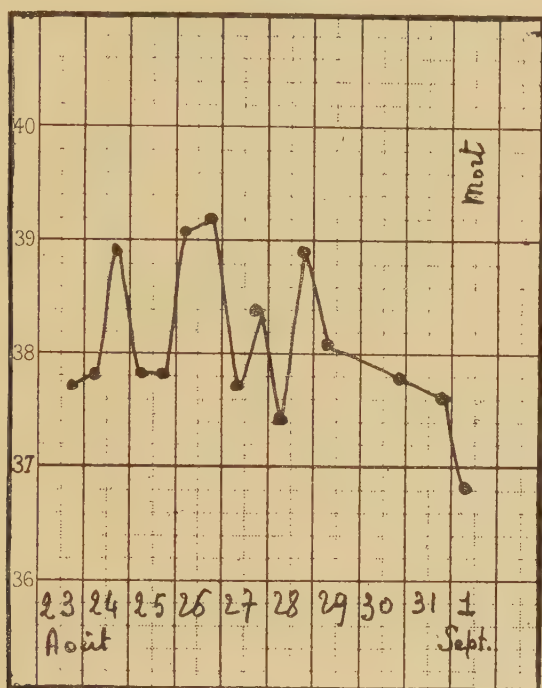


FIG. 1

çon particulièrement nette dans la région paravertébrale là où le souffle est le plus intense.

b) *A droite* : Submatité, sauf dans la région axillaire ; le murmure vésiculaire est perçu mais d'une façon un peu obscure à cause de la rapidité relative des mouvements respiratoires : le souffle entendu à gauche est également perçu dans la région paravertébrale du côté droit (il est donc interscapu-

laire), mais il est difficile de dire s'il s'agit ou non d'une simple propagation.

2° EN AVANT : sonorité de l'espace de Traube respectée ; la matité cardiaque ne peut être déterminée à cause de la matité qui envahit la presque totalité du côté gauche en avant, atteignant presque la clavicule. Le souffle est encore perçu en avant du côté gauche ; à droite, la respiration est assez nette. Les bruits du cœur sont lointains et un peu précipités.

L'expectoration est muco-purulente, la température atteint 37°7. Le foie est légèrement augmenté de volume. L'ensemble du corps est amaigri, mais le malade quoique accusant une perte de poids considérable est incapable de la préciser.

Les urines sont rares, mais ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le diagnostic qui s'imposait était évidemment celui de pleurésie gauche et de compression médiastine. L'adénopathie sus-claviculaire droite avec ses caractères si spéciaux impliquait, au surplus, l'idée d'un cancer.

L'épanchement fut ponctionné et l'on retira 600 à 700 grammes de liquide citrin, qui, malheureusement, ne fut pas examiné cytologiquement.

Une radioscopie, puis une radiographie furent pratiquées le surlendemain de l'entrée du malade ; on constata l'aspect représenté sur la figure 2 : ombre diffuse envahissant le thorax à gauche, sauf au sommet et dans une petite portion triangulaire à la base, au niveau du sinus costo-diaphragmatique. La masse cardio-aortique est surplombée par une ombre énorme à contours un peu flous, débordant nettement du côté droit. Le champ pulmonaire droit est à peu près libre.

La révulsion, une seconde ponction bientôt nécessaire, l'em-

ploi de la morphine n'apportèrent au malade qu'un soulagement bien minime ; la température oscillait entre 37° et 39°, la dyspnée supprimait encore à peu près le sommeil. Le ma-

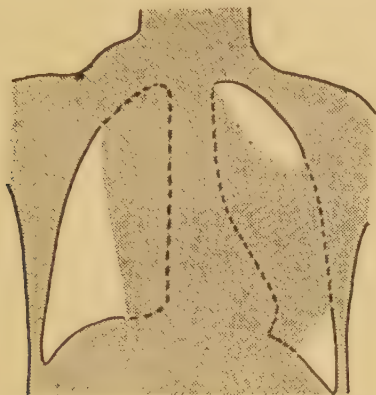


FIG. 2

Schéma de l'aspect radioscopique ; on voit l'ombre énorme réalisée :

- 1° Par la tumeur supra-cardiaque ;
- 2° Par l'épanchement pleural gauche, respectant le sinus costo-diaphragmatique ;
- 3° Par la masse cardio-aortique. Nous avons représenté en pointillé l'ombre normale vertébrale et cardio-aortique ; cette indication n'est placée là qu'à titre de repère, car chez notre malade, le cœur était certainement dévié vers la droite, mais il était impossible à l'examen radiologique d'en déterminer les contours. Noter la saillie des ganglions dans le creux sus-claviculaire droit.

lade mourut presque subitement, après une courte phase dyspnéique, le 1^{er} septembre.

AUTOPSIE. — Elle est pratiquée vingt-six heures après la mort et donne les résultats suivants :

Cavité thoracique. — *La plèvre gauche* contient un litre au moins de liquide citrin ; on notait quelques adhérences pleurales à la base gauche, expliquant la persistance de la

clarté sur un territoire limité, malgré la présence de l'épanchement ; rien dans la *plèvre droite* ; faible épanchement dans le *péricarde*.

L'isolement et la section du *poumon gauche* montrent, dans la région du hile, une masse néoplasique du volume d'une grosse mandarine, masse blanc-grisâtre, molle, faiblement hémorragique par endroits et se continuant à sa périphérie avec le parenchyme pulmonaire. Il n'y avait aucun autre noyau cancéreux dans le poumon gauche. En incisant la bronche de ce côté, à partir de la bifurcation trachéale, on notait quatre à cinq petits nodules cancéreux blanchâtres et indurés.

La *réaction ganglionnaire* était énorme ; nous l'avons notée au niveau des ganglions médiastinaux, du hile du poumon droit, de la région sus-claviculaire droite.

Les *ganglions du médiastin* formaient une masse du volume d'une tête d'enfant, englobant la crosse de l'aorte et la trachée, masse lobulée, formée de plusieurs ganglions nettement cancéreux, ramollis à leur centre, présentant çà et là quelques hémorragies et des traces d'anthracose. La trachée était comprimée ce qui explique le cornage observé durant la vie du malade ; il ne nous a pas paru que la crosse aortique fût notablement rétrécie ; sa portion ascendante était même un peu élargie et nous y avons noté des lésions athéromateuses discrètes.

Le hile du *poumon droit* présentait, lui aussi, plusieurs ganglions volumineux nettement distincts du tissu pulmonaire. A noter, au sommet, une cavernule tuberculeuse, du volume d'une olive, entourée de tissu scléreux et de quelques tubercules crétiifiés.

Les *ganglions du creux sus-claviculaire droit* nous ont paru, à l'autopsie, beaucoup moins volumineux et moins indurés que ne nous les avait révélés l'examen clinique. Ils étaient, en effet, ramollis, déliquescents et ils ne purent être prélevés que par fragments.

Nous avons recherché l'état du *canal thoracique* ; dans sa portion sus-jacente à la grosse adénopathie cancéreuse, il ne nous a pas paru atteint. Notons l'absence de réaction ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire gauche, l'absence de trainées de lymphangite cancéreuse sur la plèvre. Il nous a été impossible d'isoler la grande veine lymphatique, à cause de la friabilité des tissus.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence une chaîne ganglionnaire reliant le paquet cancéreux médiastinal aux ganglions sus-claviculaires, mais les tissus étaient tellement infiltrés qu'une communication étroite était vraisemblable.

Cavité abdominale. — Quelques noyaux cancéreux sur le péritoine ; un noyau dans la rate ; aucun dans le foie. Les reins étaient un peu congestionnés mais ne présentaient rien d'anormal. La surrénale droite était en bouillie ; la surrénale gauche était le siège d'une néoplasie secondaire considérable.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Il a vérifié entièrement le diagnostic de néoplasie.

La masse cancéreuse située au niveau du hile du poumon gauche est formée par un stroma fibreux abondant, réalisant des travées inégalement épaisses entre lesquelles on constate des amas de cellules cancéreuses ; ces dernières sont disposées sans ordre, très tassées en certains endroits, plus rares en d'autres ; on y remarque les malformations habituelles

des épithéliomas atypiques : cellules inégales, monstruosités nucléaires, grandes cellules multinucléées. Au voisinage du néoplasme, le parenchyme pulmonaire est atteint de congestion et d'alvéolite desquamative.

Les altérations cancéreuses sont retrouvées de la façon la plus nette dans les ganglions médiastinaux et sus-claviculaires. Le nodule splénique et la surrénale droite ont été également coupés et étaient le siège des mêmes lésions.

*
* *

Dans une seconde série de faits, *l'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire droite a été observée au cours de cancers abdominaux* compliqués ou non de métastases thoraciques et nous rapportons, à titre documentaire, les observations suivantes réunies et résumées par M. Troisier.

TROISIER (Soc. méd. des Hôp, 1888, p. 501).

*Adénopathies sus-claviculaires (droite et gauche)
inguinales et axillaires*

Femme de 63 ans, entrée à la Pitié le 1^{er} août 1888, morte le 22 novembre 1888. Cachexie avancée. Signes de cancer disséminé du péritoine; il est impossible de déterminer quel est l'organe primitivement atteint. La maladie date d'un an environ. Cinq semaines avant la mort, apparition de ganglions dans les creux sus-claviculaires des deux côtés. A droite, la tumeur ganglionnaire était grosse comme une noix, dure, mamelonnée, non douloureuse et mobile sous la peau; elle formait une saillie très

apparente entre le sterno-mastoïdien et le trapèze. Un autre ganglion plus petit que les précédents, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. A gauche, deux petits ganglions.

A l'autopsie, cancer de l'ovaire droit. Cancer secondaire généralisé du péritoine. Quelques ganglions au-devant des vertèbres lombaires. Un ganglion sur la face antérieure du péricarde, un autre au niveau du hile du poumon, un troisième au-dessous de la trachée; pas de noyau secondaire dans les poumons. Adénopathies dans les aisselles et les aines de chaque côté. Tous ces ganglions ainsi que ceux de la région sus-claviculaire, avaient subi la dégénérescence cancéreuse (Examen microscopique).

TROISIÈME (Soc. méd. des Hôp., 1888, p. 21.)

Obs. communiquée par M. Hutinel).

Adénopathies sus-claviculaires droite et gauche.

Cancer utérin; plusieurs semaines avant la mort, apparition de ganglions indurés, gros comme des châtaignes, dans les deux creux sus-claviculaires, particulièrement à gauche. On vit à l'autopsie que le néoplasme utérin faisait dans le cul-de-sac péritonéal une saillie bourgeonnante du volume d'un petit œuf. Une chaîne de ganglions dégénérés existait le long de la colonne vertébrale; il y avait plusieurs noyaux sur le péritoine, et l'on trouvait à la base des poumons des traînées de lymphangite cancéreuse. Les ganglions du médiastin étaient dégénérés comme ceux de l'abdomen

R. HAUSSMANN (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1876, p. 648.)

Adénopathie sus-claviculaire droite.

Cancer primitif des deux capsules surrénales.

AUTOPSIE. — Noyaux secondaires sur le péritoine, à la surface de presque tous les viscères abdominaux. Dégénérescence des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux. Un noyau cancéreux dans le lobe supérieur du poumon gauche. Dégénérescence cancéreuse des ganglions péribronchiques. « Dans la fosse sus-claviculaire droite, un paquet de ganglions lymphatiques hypertrophiés, durs, avec une capsule épaissie, fibreux et blanchâtres à la section. »

GILBERT (Du cancer massif du foie, 1886, p. 42. Obs. reproduites dans *Etudes sur les maladies du foie* par Hanot et Gilbert, 1888, p. 116).

Adénopathie sus-claviculaire droite.

Femme de 30 ans. Dyspepsie. Anorexie. Amaigrissement. Douleurs épigastriques. Foie très volumineux. Cinq semaines avant la mort on note l'apparition d'une tumeur ganglionnaire de la grosseur d'un marron dans le creux sus-claviculaire droit.

A l'autopsie, cancer massif du foie (histologiquement, épithéliome alvéolaire à petites cellules polyédriques). Noyaux secondaires dans les poumons, dans les ganglions médiastinaux et dans les ganglions sus-claviculaires. Tous les organes abdominaux, sauf le foie sont sains.

TUFFIER. (Publiée par M. Belin; obs. XV de sa thèse).

Adénopathies sus-claviculaires droite et gauche.

Homme de 45 ans. Depuis six mois, anorexie, vomissements des aliments, amaigrissement. Tumeur épigastrique, lisse, arrondie, indolente, mobile. M. Tuffier fait le diagnostic de « lésion organique de la face antérieure de l'estomac ou du grand épiploon. » Un nouvel examen du malade fait huit jours plus tard fait découvrir « au niveau de la région sus-claviculaire droite une tumeur du volume d'un petit œuf, lisse et mobile, répondant exactement comme siège et comme forme à un ganglion engorgé ».

« Mon attention, ajoute M. Tuffier, fut vivement attirée de ce côté, bien que les faits de M. Troisier ne me fussent pas encore connus. Malheureusement le malade me répondit qu'il ne s'était jamais aperçu de cette tuméfaction et qu'elle devait exister depuis fort longtemps. » Un collègue consulté croit qu'il s'agit d'un ancien fibrome. On fait une laparatomie exploratrice. Il s'agit d'un cancer de l'épiploon, de l'estomac et de foie, avec prééminence d'un lobe énorme au niveau de la naissance de l'épiploon sur l'estomac. La plaie guérit ; le malade succomba vingt-cinq jours après l'opération. Pendant ce laps de temps on constata l'augmentation de volume de la tumeur ganglionnaire et l'apparition de ganglions dans la région sus-claviculaire gauche. Pas d'autopsie.

MILLARD (Soc. méd. des Hôp., 1886, p. 409).

Adénopathies bi-axillaires et sus-claviculaire droite.

Femme de 56 ans. Cachexie cancéreuse. Tumeur épigastrique. Ganglions axillaires des deux côtés. Dans le creux sus-claviculaire droit, à la partie externe du sternomastoïdien, plusieurs petits ganglions, du volume d'un pois, très durs, douloureux. La malade n'a pas été revue.

EYSELEIN (*Berliner Klin. Wochensch.*, 1874, p. 366).

Adénopathie sus-claviculaire droite.

Homme de 46 ans. Est atteint pendant un mois d'un hoquet qui se produit à la moindre ingestion d'aliments. Un mois après la cessation du hoquet, douleurs gastriques, digestions difficiles, anorexie, amaigrissement, aspect cachectique. Nouvel examen du malade : « Dans la région sus-claviculaire droite, il y avait, remontant vers l'oreille droite, une saillie que je n'avais pas trouvée lors de mon premier examen... Elle est formée d'un paquet de glandes non douloureuses, de dimensions variables, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de petit oiseau. » L'auteur regarde ces ganglions comme atteints de dégénérescence cancéreuse secondaire à un cancer de l'estomac. La cachexie s'accentua et le malade mourut six mois environ après l'apparition des ganglions. Leurs dimensions n'avaient pas changé. Pas d'autopsie.

TROISIÈME (Soc. méd. des Hôp., 1888, p. 21).

Adénopathies sus-claviculaires gauche et droite.

Femme de 41 ans, souffrant de l'estomac depuis le mois de septembre 1883 ; elle avait perdu l'appétit depuis cette époque ses digestions étaient devenues difficiles ; elle était prise assez souvent de vomissements, généralement formés de matières alimentaires ; une fois elle vomit un liquide noirâtre, et elle eut des garde-robes mélaniques pendant deux ou trois jours.

Vers le 25 décembre elle s'aperçut d'une tumeur dans le creux sus-claviculaire droit. Inquiète du développement de cette tumeur, elle se présenta le 20 janvier 1884 à la consultation de M. Gillette, qui reconnut une adénopathie secondaire à un cancer viscéral, dit à la malade qu'elle ne pouvait pas être opérée et lui conseilla d'entrer dans un service de médecine.

A ce moment on constatait à la région épigastrique une tumeur du volume du poing, dure, non adhérente à la peau, mobile. Cette femme est amaigrie et présente une teinte jaunâtre des téguments. Dans le creux sus-claviculaire droit on voit et l'on sent une petite tumeur du volume d'un marron, dure et bosselée, indolente, non adhérente à la peau et qui paraît s'enfoncer profondément derrière l'articulation sterno-claviculaire.

Dans le courant du mois d'avril on vit se développer de petits ganglions durs, indolents, dans le creux sus-claviculaire gauche.

Au mois de mai cette malade arrivée à un extrême état d'émaciation et de cachexie demande à sortir de l'hôpital.

Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac avec propagation aux ganglions sus-claviculaires des deux côtés.

CONCLUSIONS

1° L'adénopathie du creux sus-claviculaire gauche possède une valeur importante non seulement pour le diagnostic des cancers thoraciques, mais encore pour celui des cancers abdominaux, ainsi que l'ont établi les recherches de M. Troisier.

Ce signe est inconstant, non pathognomonique (il peut s'agir de ganglions tuberculeux) ; il ne dispense pas de pratiquer un examen complet et minutieux du malade, mais les services qu'a rendus sa recherche systématique sont considérables et méritent d'être soulignés.

2° L'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire peut être observée dans des conditions diverses :

A) Soit en même temps qu'un néoplasme non diagnostiqué dont elle invite à rechercher l'existence (cancer de l'estomac ou du pancréas par exemple).

B) Soit lors d'un néoplasme dûment reconnu dont elle montre la généralisation (cancer de l'utérus par exemple).

C) Soit avec une cancérisation du canal thoracique dont la symptomatologie a été récemment tracée par

M. Ménétrier et dont nous avons rapporté, d'après cet auteur, les traits essentiels.

3° L'adénopathie cancéreuse peut être observée dans le creux sus-claviculaire droit, soit simultanément avec une atteinte du côté gauche, soit isolément ; nous avons rapporté une observation de ce genre où le cancer primitif siégeait au hile du poumon gauche et où la topographie de l'adénopathie revêtait donc un caractère un peu paradoxal. Mais une telle adénopathie peut être notée également au cours de cancers abdominaux.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
LETULLE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE I. — <i>Rappel anatomique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Les adénopathies sus-claviculaires d'origine cancéreuse et leur valeur diagnostique.</i> .	16
1° Séméiologie générale	16
2° Les adénopathies sus-claviculaires qui invitent à porter le diagnostic de cancer.	19
3° Les adénopathies sus-claviculaires qui montrent l'extension d'un néoplasme diagnostiqué préalablement	23
4° L'oblitération cancéreuse du canal thoracique et l'adénopathie sus-claviculaire.	24
5° Observations	28
Discussion critique	33
CHAPITRE III. — <i>Les adénopathies cancéreuses du creux sus claviculaire droit.</i>	37
CONCLUSIONS	51

MAVENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN
